

Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima

Sexual Violence: health and public security integration in immediate attending to the victim

Maria Angela Mirim Rosa e Campos

Mestranda do Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Néia Schor

Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Rosana M Paiva dos Anjos

Departamento Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Sorocaba, SP, Brasil.

José César de Laurentiz

Núcleo de Perícias Médico Legais de Sorocaba, Secretaria da Segurança Pública do Estado de São Paulo. Sorocaba, SP, Brasil.

Débora Vieira dos Santos

Conjunto Hospitalar de Sorocaba, Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Sorocaba, SP, Brasil.

Fumika Peres

Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Comparam-se a proporção e as características dos atendimentos efetuados às vítimas de violência sexual, do período anterior com o posterior à implantação do Protocolo de Ações Integradas em Atendimento à Vítima de Violência Sexual, envolvendo as áreas de Saúde e Segurança Pública, no Conjunto Hospitalar de Sorocaba - SP. Procedeu-se à pesquisa dos dados registrados nas fichas epidemiológicas das pessoas atendidas entre abril de 2003 e março de 2004, pelo prazo de seis meses em cada período, analisando-se características das vítimas, grau de relacionamento com o agressor e indicação de profilaxia medicamentosa para Doenças Sexualmente Transmissíveis. Nas 211 notificações, observou-se atendimento quatro vezes maior após a implantação dessa integração, com predomínio de vítimas do sexo feminino e de idade inferior a 18 anos, em ambos os períodos. Os encaminhamentos de Delegacias e Conselhos Tutelares aumentaram significativamente no segundo período, no qual, agressores conhecidos apresentaram maior frequência, possibilitando o conhecimento dos resultados das respectivas sorologias anti-HIV, e, como decorrência, a interrupção do uso da profilaxia anti-retroviral por parte das vítimas, no caso de resultado negativo. Concluiu-se que a integração entre os setores de Saúde e de Segurança Pública é fundamental para que vítimas de violência sexual recebam atendimento na área de Saúde o mais precoce possível, tendo o foco voltado à prevenção de seqüelas que ameacem a sua integridade física e emocional. Essa ação conjunta possibilita a identificação mais rápida do agressor, conhecimento do resultado da sorologia anti-HIV, e, conseqüentemente, para a vítima, a redução do uso da quimioprofilaxia anti-retroviral.

Palavras-chave: Violência sexual; Integração saúde e segurança pública; Profilaxia anti-retroviral.

Abstract

To compare the proportion and the characteristics of the immediate attending rate performed in sexual violence victims, before and after the introduction of the Integrated Actions Protocol to Care Victims of Sexual Violence, involving the Public Health and Public Security areas, at the Conjunto Hospitalar de Sorocaba. A research was undertaken with data from the epidemiological files, between April 2003 and March 2004, during six months in each period, analyzing the victim characteristics, relationship with the aggressor and the indication of medicinal prophylaxis. In 211 notifications, it was observed that the attending was four times higher after the implantation of this integrated action. Women younger than 18 years old were most of the victims, in both periods. The processes dealt by Police Station or Judiciary Councils, increased significantly in the second period, in which, the known aggressors showed to be the majority and the knowledge of their anti-HIV serology allowed victim anti-retroviral prophylaxis interruption. It was concluded that the integration among the Public Health and Public Security sectors is essential for sexual violence victims, to receive, as soon as possible, the assistance in the Public Health area, focusing on the prevention of the sequels that threaten their physical and emotional integrity. This integrated action allows the aggressor's identification sooner as possible and consequently to know their anti-HIV serology in order to reduce anti-retroviral chemoprophylaxis use to the victims.

Keywords: Sexual Violence; Integration of Health and Security Areas;. Antiretroviral Prophylaxis.

Introdução

A violência é um problema mundial, de natureza social e histórica, que tem aumentado de forma assustadora e, tal qual uma moléstia contagiosa, tomou proporções de uma verdadeira epidemia, tornando-se motivo de preocupação e estudo por parte de autoridades sanitárias e legais (Ferreira e Schramm 2000; Bergamo e cols 2000; Camargo 2000). Em 1981, a Organização Mundial de Saúde/OMS definiu "violência" como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento, evitáveis. Esse comportamento, atribuído às relações sociais, torna os cidadãos, ao mesmo tempo, sujeitos e objetos de atos que afrontam a civilização, pois não fazem parte da natureza humana (Conselho Regional de Medicina e cols 1998). Pessoas estão sujeitas a sofrerem violência a qualquer momento de suas vidas, entretanto, a violência sexual atinge, em especial, mulheres, incidindo, na maioria das vezes, sobre meninas, adolescentes e adultas jovens no Brasil e no mundo (Brasil 2002).

A violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e/ou psicológica, sendo definida, desde 1994, pela Convenção Interamericana para punir e erradicar a violência contra a mulher - Convenção de Belém do Pará, como "*qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada*" (Brasil-Comitê, 1996, p.6). Esse comportamento é visto como uma doença social, provocada por uma sociedade que privilegia as relações patriarcais, marcadas pela dominação do sexo masculino sobre o feminino e exercida como forma de poder (União de Mulheres de São Paulo 2000; Drezett 2000b). A violência sexual envolve a própria vítima, a sua família, e a sociedade em geral, afetando de modo significativo todas as relações sociais (Charam 1997; Reis 2001).

Pautas sobre violência contra a mulher passaram a ser contempladas na década de 1970, entretanto, na década de 1980, no Brasil e no mundo, iniciou-se a implantação de políticas e serviços para o atendimento à mulher vítima de violência. A partir dos anos 1990, a violência sexual passou a ser considerada foco de atenção na área da saúde pública, e desde então, houve desenvolvimento de ações públicas direcionadas à pessoa que se encontre nessa situação (União de Mulheres de São Paulo, 2001).

Apesar da visibilidade e escuta social que a violência sexual está projetando, a verdadeira incidência desse tipo de crime ainda não é totalmente conhecida (Drezett, 2000b). Estima-se que os registros das delegacias correspondam a cerca de 10 a 20% dos casos que realmente acontecem (Drezett e cols, 1999; Saffioti e Almeida, 1995). Entre as diversas causas, pelas quais as vítimas hesitam em denunciar a agressão, estudos relatam: sentimentos de culpa, humilhação, medo de vingança, falha de informação sobre seus direitos legais e descrédito no sistema jurídico criminal (Hampton, 1995; Reis e cols, 2001). Reportando-se ao envolvimento de crianças, a Organização PanAmericana de Saúde e a Organização Mundial das Nações Unidas estimam que, apenas 2% dos casos de abuso sexual contra crianças cheguem a ser denunciados à polícia, justamente porque o autor é um parente próximo (Fontana e Santos, 2001; Diêgoli e cols, 1996).

Saffioti e Almeida (1995, p 4) referem que, *“embara na socialização feminina esteja sempre presente a suspeita contra os desconhecidos, os agressores são geralmente parentes ou pessoas conhecidas, que se aproveitam da confiança desfrutada junto às suas vítimas”*. Esta proximidade de relacionamento torna o crime mais difícil de ser denunciado (Brasil, 2002).

Há tendência de as mulheres denunciarem, com mais frequência, às autoridades policiais, os crimes na forma consumada, do que a tentativa de violência à qual foram submetidas e, também, as situações em que o ofensor é um desconhecido, permanecendo oculto às notificações o ofensor conhecido, com o qual, muitas vezes, possui um estreito relacionamento. Crianças e adolescentes, com frequência, passam longos períodos de violação, silenciadas pelo temor. Já, mulheres jovens e adultas são coagidas física ou psicologicamente, impondo-se, desse modo, o silêncio à denúncia (Reis, 2001).

Pesquisas apontam que, entre crianças, há predomínio de ofensores conhecidos (Saffioti e Almeida, 1995; Charam, 1997; União de Mulheres de São Paulo, 2001; Drezett, 2000b; Reis, 2001) e, segundo Gobbetti e Cohen (2002), ocorrem com maior frequência dentro da própria família. As crianças, em geral, são submetidas a crimes sexuais que, aparentemente, não resultam em danos físicos ou evidências materiais, que possam comprovar o relato do ocorrido (Drezett, 2002), pois, a maioria das relações incestuosas envolve atos libidinosos diversos da conjunção carnal, sen-

do efetivadas por meio de carícias ou toques, que não possibilitam provas objetivas da ocorrência, à realização do exame de corpo de delito pelo perito legal (Gobbetti e Cohen 2002).

D’Oliveira e Scharaiber (1999) referem tendência de profissionais da saúde em compreender violência doméstica e sexual como problemática da esfera da segurança pública e da justiça. Nesse aspecto, as autoras enfatizam a importância de ações multisetoriais, avançadas com capacitação adequada de profissionais para a questão da integralidade - junção das ações policiais, médicas, psicossociais e jurídicas. De acordo com Lerner (2002, p. 70), a ausência de integração entre as diferentes instituições, *“pode resultar em ações que tenham objetivos e métodos por vezes contraditórios, por vezes redundantes ou, até mesmo, complementares, sempre realizados de maneira pontual e não integrada, representando um dos principais obstáculos ao atendimento adequado”*. De fato, ampliar também a atuação pública sobre a violência, saindo do limite da ação policial ou jurídica, ambas centradas na condenação e na punição, contempla a visão da assistência à saúde integral da mulher (Camargo, 2000). No atendimento imediato, a pessoa que se sente ouvida e não julgada estará mais rapidamente caminhando para o restabelecimento do equilíbrio psíquico (Pompeu, 2000).

No Brasil, o conhecimento dessa realidade, assim como o compromisso assumido em acordos internacionais de combate à violência contra a mulher, propiciou, em 1998, a elaboração pelo Ministério da Saúde, da Norma Técnica - “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes” - estabelecendo a formação de rede de hospitais públicos capacitados para atendimento imediato, voltado à prevenção de seqüelas físicas e psicológicas (Brasil, 2002). A norma estabelece que o prazo máximo para profilaxia medicamentosa seja de 72 horas após a exposição, para introduzir a medicação preventiva, mediante uso de anticoncepcional de emergência, antibioticoterapia para DSTs e quimioprofilaxia anti-retroviral.

Nesse sentido, o Conjunto Hospitalar de Sorocaba, em parceria com o Instituto Médico Legal, a Secretaria de Segurança Pública, a Secretaria Municipal de Saúde, a ONG - Centro de Integração da Mulher e representante da sociedade civil, assinaram, em setembro de 2003, o Protocolo de Ações Integradas - PAI -

em Atendimento à Vítima de Violência Sexual. A efetivação dessas parcerias foi motivada pela publicação, no Diário Oficial do Estado de São Paulo, da Lei nº 10.920 de 2001, a qual obriga as Delegacias de Polícia a informarem às vítimas de crimes contra a liberdade sexual, o direito de tratamento preventivo contra a contaminação pelo vírus HIV (São Paulo, 2001).

O presente artigo compara, segundo uma abordagem quantitativa, a proporção entre os atendimentos realizados e as características das pessoas atendidas nos períodos anterior e posterior a essa implantação, identificando: faixa etária, município de procedência, tipo de exposição, relacionamento com o agressor, situação sorológica para HIV no agressor e profilaxia medicamentosa iniciada na vítima para a prevenção de DSTs. O período de estudo compreendeu os meses de abril de 2003 a março de 2004 e foi definido tomando-se, como referência, um semestre antes e um semestre após 26 de setembro de 2003, ocasião em que foi assinado o protocolo de ações integradas.

Procedimento Metodológico

Estudo descritivo, realizado no Conjunto Hospitalar de Sorocaba, hospital público, estatal, localizado na cidade de Sorocaba - SP. Foi realizada uma investigação epidemiológica, através de dados integralmente coletados da “Ficha de Notificação do Atendimento Imediato à Pessoa em Situação de Violência Sexual”, utilizada pela instituição, para registro dos atendimentos efetuados.

Foram analisadas todas as fichas preenchidas dentro do prazo estabelecido para o estudo, tendo sido excluídas da análise aquelas em que a existência de violência sexual foi descartada, por tratar-se de relação sexual consentida, sem presença ou ameaça de violência.

Com relação à idade, estabeleceu-se a categoria **criança** para idade inferior a 12 anos, conforme preconizada no Estatuto da Criança e do Adolescente (São Paulo, 1993). Seguiu-se o critério estabelecido pelo mesmo Estatuto para a categoria **adolescente**, ou seja, pessoas entre 12 a 18 anos, e como categoria **adulta** pessoas acima de 18 anos. Foi estabelecido o intervalo entre 19 a 24 anos, como idade **adulta jovem**, uma vez que esse critério já foi utilizado em estudo anterior (Drezett, 2000a), como população vulnerável.

Quanto ao município de residência, classificaram-

se na categoria “outros” os municípios que compõem a DIR XXIII, com exceção da cidade de Sorocaba. Para identificação do fluxo de encaminhamento, integram a categoria “outros” os encaminhamentos feitos por Unidades Básicas de Saúde, instituições de saúde e educacionais.

Estabeleceu-se o período de ocorrência por semestre, sendo os meses de abril a setembro/2003 o período anterior à implantação do Protocolo de Ações Integradas, e os meses de outubro/2003 a março/2004, o período após essa implantação.

Para o tempo decorrido entre a violência e o comparecimento ao Serviço de Saúde, foi tomado, como referência, o critério estabelecido pelo Ministério da Saúde: até 72 horas para o início da profilaxia medicamentosa contra: a gravidez, as Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs, e a contaminação pelo vírus HIV. De 72 horas até 10 dias, para a profilaxia contra as DSTs e, acima de 10 dias, não há orientação para o início da profilaxia medicamentosa.

Quanto ao tipo de relação ocorrida, incluiu-se a categoria “toques” visto ser esta uma forma referida na literatura (Reis, 2001) como a mais freqüente na agressão contra crianças. Considerou-se “relação múltipla”, aquela em que houve intercurso sexual com duas ou mais formas de investidas.

Na profilaxia para o HIV, considerou-se no critério “dispensada pela identificação do agressor”, a pessoa que iniciou a profilaxia anti-retroviral e teve a indicação suspensa em razão de ter-se constatado no agressor sorologia negativa para o vírus HIV.

Para representação estatística dos agressores, estes foram classificados como: **familiar** (pai, mãe, padrasto, tio, primo, avô, marido, ex-marido, irmão); **vizinho**; **conhecido do bairro** (pessoa que mora na mesma região ou vizinhança, vendedor ambulante); **outro conhecido** (amigo próprio ou particular, amigo do pai, do irmão, da família, da escola; namorado; ex-namorado; namorado da mãe, da tia; padrinho; motorista da perua escolar; pai da babá; pai do padrasto). Considerou-se agressor **desconhecido** àquele que a vítima jamais tinha visto em sua vida.

Elaborou-se um instrumento de coleta de dados e utilizou-se o programa *Microsoft Excel*, onde as informações foram inseridas para a devida análise. Por se tratar de um estudo epidemiológico, no qual as informações foram coletadas das fichas de notificação,

após o fato ocorrido, sem contato direto com a pessoa, não foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nos relatórios deste estudo, os pesquisadores responsáveis se comprometeram a preservar o anonimato da população em estudo, não utilizando nenhum dado que identificasse as pessoas atendidas, recorrendo a números e iniciais alfabéticas para a especificação de cada caso.

Efetou-se a análise dos dados, relacionando a faixa etária da vítima com as demais variáveis, assim como a distribuição percentual das categorias.

Resultados

No total, foram analisadas 235 fichas de notificação de atendimento imediato às vítimas de violência sexual, correspondentes aos dois períodos de seis meses determinados para a pesquisa. Destas, 24 não preencheram o critério de inclusão, por tratar-se de relação sexual consentida, sem a presença de violência ou ameaça. Assim, a amostra final foi constituída de 211 notificações de pessoas, com idades entre 1 a 77 anos.

O semestre anterior à implantação do PAI, denominado primeiro período, totalizou 42 (20%) atendimentos e, no semestre posterior, denominado segundo período, 169 (80%). Quanto ao sexo, foram atendidas no primeiro período 40 (95,2%) pessoas de sexo feminino e 2 (4,8), do sexo masculino. No período posterior, houve 150 (88,7%) atendimentos para pessoas do sexo feminino e 19 (11,2%), do sexo masculino.

Em relação à faixa etária, houve, em ambos os períodos, predomínio de idades entre 1 e 18 anos: 62% no primeiro período e 78,1%, no segundo. Os valores das médias, medianas e moda das idades, no primeiro período, corresponderam à: média = 18 anos; mediana = 16 anos e moda = 14 anos. No segundo período: média = 15 anos; mediana = 13 anos e moda = 4 anos (Tabela 1).

Quanto aos municípios de residência, observou-se, em ambos os períodos, igual proporção de encaminhamentos, tanto de Sorocaba quanto de outros municípios.

No que se refere ao fluxo de encaminhamento, os casos provenientes de Delegacias e Conselhos Tutelares foram, antes desse protocolo, em número de 23 (54,8%) e após, somaram 155 (91,7%). Já a procedência de “outros locais”, que no primeiro período representou 42,9% dos encaminhamentos, passou para 5,9% no segundo período (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição do número e da porcentagem de pessoas vítimas de violência sexual, atendidas antes e após a implantação das ações integradas, segundo sexo e idade. DIR XXIII – SP, 2003/2004.

	Antes				Após				Total	
	Fem.		Masc.		Fem.		Masc.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
01 - 12	08	20	02	100	57	38	16	84,2	83	39,3
12 - 18	16	40	-	-	56	37,3	03	15,7	75	35,6
18 - 24	05	12,5	-	-	11	7,3	-	-	16	7,6
24 e mais	11	27,5	-	-	26	17,3	-	-	37	17,5
Total	40	100	02	100	150	100	19	100	211	100

Antes - média: 19 anos
 mediana: 16 anos
 moda: 14 anos

Após - média: 15 anos
 mediana: 13 anos
 moda: 4 anos

Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica CHS – DIR XXIII. Sorocaba, SP.
 Antes: atendimentos no período de abril a setembro de 2003.
 Após: atendimentos no período de outubro/2003 a março/2004.

Tabela 2 - Distribuição do número e da porcentagem de pessoas vítimas de violência sexual, atendidas antes e após a implantação das ações integradas, segundo fluxo de encaminhamento para Unidade de Referência. DIR XXIII – SP, 2003/2004.

Período	Encaminhamento						Total	
	Espontâneo		Delegacia/C.Tutelar		Outros			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Antes	1	2,4	23	54,8	18	42,8	42	19,9
Após	4	2,4	155	91,7	10	5,9	169	80,1
Total	5	2,4	178	84,4	28	13,3	211	100

Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica CHS – DIR XXIII. Sorocaba, SP.
 Antes: atendimentos no período de abril a setembro de 2003.
 Após: atendimentos no período de outubro/2003 a março/2004.

Em relação ao tempo decorrido entre a violência e o comparecimento na Unidade de Referência, no prazo de até 72 horas, compareceram 27 pessoas (64,3%) no primeiro período, e 83 (49,1%), no segundo. Observou-se que o comparecimento em tempo maior que 10 dias após a agressão, representou 14,3% no primeiro período e 34,3% dos atendimentos no segundo (Tabela 3).

Do tipo de relação sexual ocorrida, no primeiro período, o intercurso vaginal representou 45,2%, seguido por relação múltipla (23,8%) e toques (14,3%). No segundo período, a relação vaginal ocorreu em 38,5%

Tabela 3 - Distribuição do número e da porcentagem de pessoas vítimas de violência sexual, atendidas antes e após a implantação das ações integradas, segundo tempo decorrido entre a violência e o comparecimento na Unidade de Referência. DIR XXIII – SP, 2003/2004.

Período	Tempo de Comparecimento						Total	
	Até 72h		72h a 10 dias		>10 dias		N	%
Antes	27	64,3	09	21,4	06	14,3	42	19,9
Após	83	49,1	28	16,6	58	34,3	169	80,1
Total	110	52,1	37	17,5	64	30,3	211	100

Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica CHS – DIR XXIII. Sorocaba, SP.
Antes: Atendimentos no período de abril a setembro de 2003.
Após: Atendimentos no período de outubro/2003 a março/2004.

Tabela 4 - Distribuição do número e da porcentagem de pessoas vítimas de violência sexual, atendidas antes e após a implantação das ações integradas, segundo tipo de relação sexual ocorrida. DIR XXIII – SP, 2003/2004.

Relação	Período					
	Antes		Depois		Total	
Vaginal	19	45,2	65	38,5	84	39,8
Oral ou Anal	04	9,5	24	14,2	28	13,3
Múltipla	10	23,8	23	13,6	33	15,6
Toques	06	14,3	56	33,1	62	29,4
Sob Investigação	03	7,1	01	0,6	04	1,9
Total	42	100	169	100	211	100

Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica CHS – DIR XXIII. Sorocaba, SP.
Antes: Atendimentos no período de abril a setembro de 2003.
Após: Atendimentos no período de outubro/2003 a março/2004.

dos casos, seguida por toques (33,1%) e relação oral ou anal (14,2%). A relação múltipla, representando 23,8% dos atendimentos no primeiro período, passou para 13,6% dos relatos no segundo período (Tabela 4).

Em relação ao sexo do agressor, encontrou-se um único caso de relato, em que o agressor foi informado ser do sexo feminino, e isto, no primeiro período, o que representou 2% daqueles atendimentos.

Agressores desconhecidos foram registrados em 22 casos (52,3%) no período anterior ao PAI, e em 35 (20,7%) no período posterior. Agressores identificáveis foram citados em 47,6% dos atendimentos no primeiro período, e em 79,3% de casos no segundo período. Destes, foram citados no primeiro período: familiares e vizinhos em igual proporção - 35% cada categoria, e dentre os familiares, observou-se o predomínio do padrasto (28,6%). “Outros conhecidos” representaram 20% e conhecidos do bairro, 10%. Já no segundo período, os familiares foram citados em 77 atendimentos (57,5%), com incidência de agressores padrastos, 29,8%, e pai, 25,9%. “Outros conhecidos” foram denunciados em 34,1% dos atendimentos, vizinho em 13,4% e conhecidos do bairro em 8,9% (Figura 1).

No primeiro período, nos atendimentos em que houve indicação de quimioprofilaxia anti-HIV, do total de 22 atendimentos (52,3%), a sorologia anti-HIV do agressor foi conhecida em 3 situações e, estando negativas, possibilitaram a interrupção de 13,6% de tratamento. No segundo período, de 46 casos indicados (27,3%), foi conhecida a sorologia anti-HIV do agressor em 16 situações e, sendo igualmente negativas, representaram 34,8% de interrupção na profilaxia (Tabela 5).

Figura 1 - Distribuição da porcentagem de pessoas vítimas de violência sexual, atendidas antes e após a implantação das ações integradas, segundo grau de relacionamento com o agressor – DIR XXIII – SP

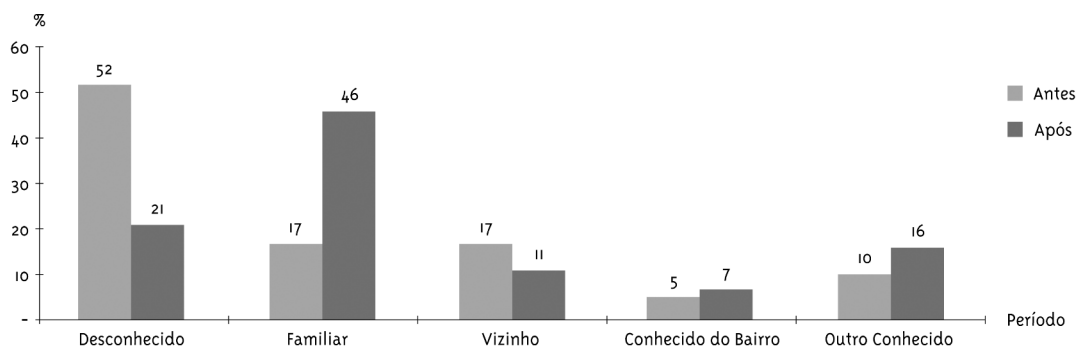


Tabela 5 – Distribuição do número e da porcentagem de pessoas vítimas de violência sexual, atendidas antes e após a implantação das ações integradas, segundo indicação da quimioprofilaxia anti-retroviral. DIR XXIII – SP, 2003/2004.

Período	Quimioprofilaxia						Total	
	Indicada		Indicada/suspensa		Não Indicada		N	%
Antes	19	45,2	03	7,1	20	47,6	42	19,9
Após	30	17,8	16	9,5	123	72,8	169	80,1
Total	49	23,2	19	9,0	143	67,8	211	100

Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica CHS – DIR XXIII. Sorocaba, SP.

Antes: Atendimentos no período de abril a setembro de 2003.

Após: Atendimentos no período de outubro/2003 a março/2004.

Quanto à profilaxia para as demais DSTs, a mesma foi indicada em 28 atendimentos (66,7%) no primeiro período, e em 57 (33,7%), no segundo período.

Discussão

A partir dos dados obtidos, verificou-se que a incidência de notificações de atendimento às vítimas de violência sexual pela Unidade de Referência do CHS, foi quatro vezes maior no período após a implantação do PAI, o que possibilitou maior abrangência na indicação da profilaxia de seqüelas, tanto físicas quanto psicológicas. Ressalta-se, nesse aspecto, que o Núcleo de Vigilância Epidemiológica da referida instituição e a diretoria do Instituto Médico Legal não pouparam esforços em efetuar divulgações para o devido cumprimento da Lei 10.920/01, de modo a possibilitar que, efetivamente, as Delegacias de Polícia orientassem e encaminhassem para Unidade de Saúde de Referência, as vítimas de violência sexual, procedimento realizado no momento do registro da queixa.

Houve predomínio de vítimas do sexo feminino, em ambos os períodos, apresentando prevalência das faixas etárias entre 1 a 18 anos, similarmente às relatadas na literatura, o que expressa maior vulnerabilidade desse grupo a crimes sexuais (Diêgoli e cols, 1996; Reis e cols, 2001). No primeiro período, a maior incidência situou-se na faixa entre 12 a 18 anos e, no segundo, a idade entre 1 a 12 anos representou maior proporção. Considerando-se os valores das médias e medianas das idades, observa-se que, em ambos os

períodos, esses valores situaram-se entre 13 a 18 anos, e, apesar de ter sido encontrada uma pessoa com idade de 77 anos, este fato isolado não afetou o índice da média, visto que, se esse atendimento fosse excluído da amostragem, a média permaneceria em 14 anos. Ao se verificar a moda, encontrou-se, no período posterior à implantação das Ações Integradas, a idade de 04 anos como a que apresentou maior freqüência. Esses dados podem relacionar-se aos fatores encontrados na literatura, como facilitadores ou motivadores do agressor: a absoluta vulnerabilidade da criança e o seu processo de socialização, expondo-a ao contato com os potenciais agressores, exatamente no início da puberdade (Drezett, 2000a). De fato, após a atuação conjunta entre a Segurança Pública e a Saúde Pública, observou-se que, crianças encaminhadas anteriormente ao Instituto Médico Legal, para a realização do exame de corpo de delito, não chegavam ao conhecimento da instituição de saúde, a fim de serem orientadas no programa de prevenção de seqüelas, conforme o estabelecido pela Norma Técnica editada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002).

Ao comparar os dois períodos, observou-se que, referente ao atendimento para o sexo masculino, houve maior freqüência de registros após a implantação do PAI, situando-se em ambos os períodos, nas idades abaixo de 18 anos.

Quanto ao fluxo de procedência, verificou-se que Delegacias e Conselhos Tutelares, após o início de ações conjuntas, passaram a representar quase a totalidade dos encaminhamentos (92%). Foi surpreendente verificar que os encaminhamentos por essas instituições, anteriormente, representavam apenas 55% dos atendimentos, o que não permitia avaliação para a prevenção de seqüelas nas pessoas vitimizadas.

No que diz respeito ao tempo decorrido entre a violência e o comparecimento na Unidade de Referência, observou-se, em ambos os períodos, um maior número de encaminhamentos antes das 72 horas após a agressão, o que possibilitou o início da profilaxia medicamentosa em caso de indicação. O comparecimento, em tempo maior que 10 dias, apresentou incidência duas vezes maior no segundo período, o que expressa que a denúncia de violência contra crianças, nem sempre, é efetuada na ocasião da ocorrência do fato, em razão de poucas crianças revelarem imediatamente o ocorrido, conforme é relatado por Charam (1997).

Quanto ao tipo de relação sexual envolvida, verificou-se, no período anterior à implantação do PAI, maior frequência de intercurso vaginal e relação múltipla; entretanto, no período posterior, a relação vaginal apresentou frequência similar à da categoria “toques”. Ao se compararem os diversos tipos de relação nos dois períodos, constatou-se que a notificação da violência, mediante “toques”, apresentou-se duas vezes maior, após efetivada a implantação do PAI. Associa-se este fato, pelo aumento da incidência de crianças atendidas nesse período, ao que é relatado na literatura (Brasil-MS, 2002) de que, na violência sexual, crianças são mais suscetíveis a esse tipo de ocorrência. Nesse aspecto, a equipe de atendimento do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do CHS presenciou, não raro, após o exame de corpo de delito, o comentário de mães ou parentes, que acompanhavam a criança: “*Ainda bem que não houve nada...*”

Entre os agressores, encontrou-se predomínio total do sexo masculino (99,5%). A maior frequência foi a de agressores desconhecidos, no primeiro período, e de agressores identificáveis, no segundo período. Entre estes últimos, figuraram, no período anterior ao PAI, agressores familiares e vizinhos, denunciados em igual proporção, enquanto que, após o início das ações integradas, o predomínio de denúncias passou a apresentar familiares e outros conhecidos como os mais frequentes. A categoria “vizinho” é abordada como a mais frequentemente identificada em estudo semelhante (Drezett, 2000a). Entre os agressores “familiares”, o padrasto constou como agressor predominante, em ambos períodos.

Observou-se que diminuiu a indicação do uso de quimioprofilaxia anti-retroviral e da profilaxia para outras DSTs, no período posterior à implantação do PAI, podendo esse comportamento estar associado à maior ocorrência da violência “toques”, nesse período.

Após o início das ações integradas, o conhecimento da sorologia anti HIV do agressor foi possível, em frequência duas vezes maior, quando comparada ao primeiro período. Esse conhecimento permitiu a dispensa, em muitos casos, do uso da quimioprofilaxia anti HIV pela vítima. Relato na literatura (Brasil-MS, 2002) apresenta que a articulação e a formalização de um serviço de referência, entre serviços de saúde, delegacias e Instituto Médico Legal, é essencial para a garantia de um atendimento adequado. Merece rele-

vância o trabalho desenvolvido pela equipe do Núcleo de Vigilância Epidemiológica para agilizar a coleta e o processamento dos exames, através do “teste rápido para HIV”, a fim de obter o resultado, o mais precoce possível. Esse intento só foi possível, graças à articulação efetuada exaustivamente, junto às Penitenciárias e Delegacias de Polícia e Delegacias de Defesa da Mulher.

Assim, com a implantação do Protocolo de Ações Integradas em Atendimento à Vítima de Violência Sexual, observou-se o aumento no número de encaminhamentos de vítimas para a prevenção de seqüelas, assim como o aumento no conhecimento da sorologia anti-HIV do agressor, o que permitiu reduzir a indicação da quimioprofilaxia anti-retroviral às vítimas, diante de resultados negativos. De fato, o enfrentamento dessa violência exige a efetiva integração de diferentes setores, como saúde, segurança pública, educação, justiça e trabalho, bem como o envolvimento da sociedade civil organizada (Brasil-MS, 2002) para a obtenção de resultados efetivos, a exemplo dos relatos neste trabalho.

Referências

- BERGAMO, W.; GEBRIM, L. H.; ALMEIDA, M.; LIMA, G. R.; BACARAT, E. C. Papel do ginecologista diante da paciente vítima de estupro. *Femina*, São Paulo, v. 28, n. 8, p. 419 - 423, set.2000.
- BRASIL. Comitê Latino Americano e do Caribe para a defesa dos Direitos da Mulher. Instituto para Promoção da Equidade, Assessoria, Pesquisa e Estudos. *Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher: “Convenção Belém do Pará”*. São Paulo: KMG Gráfica e Editora, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Norma Técnica).
- CAMARGO, M. Violência e saúde: ampliando políticas públicas. *Jornal da Redesaúde*, São Paulo, n.22, p. 6-8, nov. 2000.

- CHARAM, I. *O estupro e o assédio sexual: como não ser a próxima vítima*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. 330p.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. Associação Paulista de Medicina. Sindicatos Médicos. *A epidemia da violência*. São Paulo, 1998.
- DIÊGOLI, C. A.; DIÊGOLI, M. S. C.; LERNER, T.; RAMOS, L. O. Abuso sexual na infância e adolescência. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 7, n.2, p.81-5, 1996.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. *Jornal da Redesaúde*, São Paulo, n.19, p.3-4, nov. 1999.
- DREZETT, J.; BALDACINI, I.; NISIDA, I. V. V.; NASSIF, V. C.; NÁPOLI, P. C. Estudo da adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimizadas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 21, n. 9, p. 539-544, out.1999.
- DREZETT, J. *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas*. São Paulo, 2000a. 128 f. Tese (Doutorado) - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil.
- DREZETT, J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. *Jornal da Redesaúde*, São Paulo, n. 22, p. 9-12, nov 2000b.
- DREZETT, J. Aspectos médicos do abuso sexual contra crianças e adolescentes. In: MALLAK, L. S.; VASCONCELOS, G. O. M. (Org.). *Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar*. Carapicuíba: Fundação Orsa Criança e Vida, 2002. p.50-66.
- FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, p.659-65, dez. 2000.
- FONTANA, M.; SANTOS, S. F. Violência contra a mulher. In: REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês*. São Paulo, 2001. p.101-128.
- GOBBETTI, G. J.; COHEN, C. Saúde mental e justiça: o atendimento a famílias incestuosas. In: MALLAK, L. S.; VASCONCELOS, G. O. M. (Org.). *Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar*. Carapicuíba: Fundação ORSA Criança e Vida, 2002. p. 91-105.
- HAMPTON, H. L. Care of the woman who has been raped. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 332, n. 4, p. 234-37, jan. 1995.
- LERNER, T. A atuação do profissional da saúde frente a situações de abuso sexual. In: MALLAK, L. S.; VASCONCELOS, G. O. M. (Org.). *Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar*. Carapicuíba: Fundação ORSA Criança e Vida, 2002. p. 67-73.
- POMPEU, F. O direito de tratar da dor. *Jornal da Redesaúde*, São Paulo, n. 22, p. 3-5, nov. 2000.
- REIS, J. N.; MARTIN, C. S.; BUENO, S. M. V. Violência sexual, vulnerabilidade e doenças sexualmente transmissíveis. *DST: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 40-45, 2001.
- REIS, J. N. *Violência sexual contra mulheres: análise de dados relacionados ao estupro e atentado violento ao pudor legalmente registrados em Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, 2001. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 218p.
- SÃO PAULO (Estado). Direitos da Criança e do Adolescente. *Estatuto da criança e do adolescente*. São Paulo: Imprensa Oficial, 1993. 105 p.
- SÃO PAULO (Estado). Lei nº 10.920/01. Obriga as Delegacias de Polícia a informar às vítimas de crimes contra a liberdade sexual o direito de tratamento preventivo contra a contaminação pelo vírus HIV. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 111, n. 194, 12 out. 2001. Seção I.
- UNIÃO DE MULHERES DE SÃO PAULO. Projeto implantação do serviço de atendimento aos casos de violência doméstica: *relato sobre experiência do Hospital Pérola Byington*. São Paulo: Graffis, 2000. 54 p.
- UNIÃO DE MULHERES DE SÃO PAULO. *Violência doméstica e sexual: conheça seus direitos*. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo, 2001. 87 p.

Recebido em: 10/09/2004

Aprovado em: 07/12/2004